

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 112

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS ENKYSTÉS DE LA LOGE PROSTATIQUE
APRÈS LA PROSTATECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Edward-Lamartine Athanase-Valentin-Richard CÉLESTE

DIPLOMÉ DE MÉDECINE COLONIALE DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Né à SAINTE-ROSE (Guadeloupe), le 14 février 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	Juges.
		LOUBAT, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932 - 1933. — N° 112

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS ENKYSTÉS DE LA LOGE PROSTATIQUE
APRÈS LA PROSTATECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 23 Décembre 1932

PAR

Edward-Lamartine Athanase-Valentin-Richard CÉLESTE

DIPLÔMÉ DE MÉDECINE COLONIALE DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

Né à **SAINTE-ROSE** (Guadeloupe), le 14 février 1903.

Examineurs de la Thèse	{	MM. DUVERGEY, professeur.....	Président.
		GUYOT, professeur.....	Juges.
		LOUBAT, agrégé.....	
		DAMADE, agrégé	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. POUSSON, MOURÉ, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE,
DENIGES, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie..	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales...	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants..	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DELAUNAY.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique...	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.....	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie..	GREYX.
Pharmacie.....	DUPOUY.	Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
id.....	DUFOUR.	id.....	JEANNENEY.
Physiologie.....	FABRE.	id.....	CHARIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	AUBERTIN.	id.....	RIVIÈRE.
id.....	DAMADE.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Puériculture.....	FAUGÈRE.
Physiologie.....	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac..	GOLSE.
Accouchements.....	PERY.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.....			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle.....			
id.....	Clinique dentaire.....		

{ CABANNES (en congé).
BEAUVIEUX (chargé).
N.
GOURDON.
DELGUEL.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

A MA GRAND-MERE

A MON PERE — A MA MERE

Je les remercie bien sincèrement pour
tous les sacrifices qu'ils se sont imposés
en vue de mon éducation. Je leur dédie
ce petit ouvrage en gage de profonde
reconnaissance et de grand amour filial.

A MON ONCLE

LE DOCTEUR ANDRÉ NATA

Avec tout ce que j'ai de meilleur en moi, je le prie de trouver ici l'expression de mon inaltérable affection et de ma gratitude infinie.

A MES SOEURS

A MES ONCLES — A MES TANTES

A HECTOR L. DESSOUT

MON MEILLEUR AMI

AU DOCTEUR JOSEPH BOURGAREL

En témoignage de cordiale sympathie.

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DUVERGEY

*Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires à la Faculté
de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Correspondant national de la Société de Chirurgie,
Membre titulaire de la Société française d'Urologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Hommage respectueux et reconnaissant.

AVANT-PROPOS

Sur le point de gravir l'ultime échelon de nos études de médecine, un devoir impérieux nous incombe : celui de remercier nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux qui se sont efforcés de nous inculquer la science médicale et de nous apprendre à mener à bien l'examen d'un malade. A ceux-là, certes, nous devons le meilleur de notre formation médicale. Et nous confessons que, plus tard, nous aimerons encore relire leurs leçons cliniques qui nous furent toujours pleines d'attrait et auxquelles nous avons porté le plus vif intérêt.

Un grand maître de cette Faculté, le regretté Professeur Lagrange, ne disait-il pas en effet : « Un médecin doit rester toute sa vie un étudiant. »

Nous tenons à rappeler tout particulièrement à M. le Professeur Duvergey combien nous sommes touché du grand honneur qu'il nous a fait d'accepter de présider notre thèse. Il ne nous en a pas seulement fourni le sujet, il nous a aussi inspiré, conseillé pour son élaboration.

Nous le remercions également de son accueil bienveillant autant qu'affable, et nous le prions de croire que nous gardons de lui un souvenir ineffaçable.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
ABCÈS ENKYSTÉS DE LA LOGE PROSTATIQUE
APRÈS LA PROSTATECTOMIE

INTRODUCTION

L'hypertrophie de la prostate est, pour les hommes qui dépassent la cinquantaine, une redoutable infirmité. Selon l'expression de Freyer, « la prostate a tendance, au déclin de la vie sexuelle, à monter en graine », et Minet a bien mis en relief, dans une superbe description, les souffrances morales et physiques, l'assujettissement de tous les instants qui sont l'apanage de ceux qui, arrivés au culmen de leur vie publique, au plein épanouissement de leur vie privée, sont atteints par le mal prostatique.

Ce sont de vrais infirmes que ces prostatiques esclaves de la tombe. Infirmes, en effet, sont ceux qui urinent souvent et l'odeur qui les accompagne, odeur d'huile et d'urine, persistant malgré la propreté la plus minutieuse, leur inflige des humiliations répétées.

A tous ces ennuis il faut ajouter les dangers perpétuels qui menacent les prostatiques, véritable épée de Damoclès suspendue sur leurs têtes.

Maladie bénigne en elle-même, l'hypertrophie de la prostate doit néanmoins être considérée comme une affection grave par ses conséquences d'abord, ensuite par les nombreuses victimes qu'elle atteint.

Déjà depuis Hippocrate, elle a commencé à attirer l'attention des médecins et, au fur et à mesure qu'elle a été mieux connue, elle a suscité des recherches et des essais thérapeutiques aussi abondants que variés.

Jusqu'à la fin du siècle dernier, ce problème hanta les imaginations médicales et permit la réalisation d'un grand nombre d'instruments originaux auxquels chaque urologue imprimait, en même temps que son nom, une forme, une courbure particulière.

Quelques précurseurs de génie virent en partie la question sous son angle véritable, et cherchèrent à supprimer au moins partiellement l'obstacle. Ainsi fut fait un grand progrès.

Enfin, en 1900, les travaux de Gosset et Proust, après les publications de Goodfellow, de Carpenter, de Vittel, montrèrent la possibilité anatomique de la prostatectomie périnéale. Albarran en fut le vulgarisateur en France, il obtint de bons résultats et en perfectionna la technique.

Le 21 juillet 1901, Freyer annonce qu'il énuclée la prostate avec le doigt par la voie hypogastrique. Bien que précédé dans sa trouvaille par Mac Gill, qui croyait faire une prostatectomie partielle mais enlevait bel et bien l'adénome, et par Fuller à qui revient la véritable paternité de l'opération, c'est à Freyer que l'on doit la technique précise, la vulgarisation de cette merveilleuse opération. A peine si depuis cette époque quelques détails ont été apportés à la technique primitive qui subsiste intacte. Chacune de ces opérations : prostatectomie périnéale, prostatectomie hypogastrique, eut ses champions, ses succès, ses martyrs. Mais la lutte fut courte.

Déjà en 1904, Escat écrivait dans son rapport à la hui-

tième session de l'Association française d'urologie : « Si la technique de l'énucléation se perfectionnait et le drainage post-opératoire donnait plus de succès, la transvésicale détrônerait la périnéale, car ses résultats fonctionnels sont excellents. »

En 1911, Proust, dans son rapport au deuxième Congrès de l'Association internationale, faisait à la prostatectomie périnéale un enterrement d'honneur : « Il faut bien reconnaître les mérites de la prostatectomie périnéale, qui, grâce à sa faible mortalité du début, entre les mains d'Albarran a gagné la cause de la prostatectomie comme, jadis, l'hystérectomie vaginale a préparé le terrain aux opérations abdominales d'aujourd'hui. »

En 1920, les discussions qui suivirent le lumineux rapport du Professeur Pousson à la vingtième session de l'Association française d'urologie montrèrent la quasi-unanimité en faveur de la prostatectomie hypogastrique; seuls Young et Wildbost demeuraient fidèles à la prostatectomie périnéale.

Dans le présent travail, nous ne voulons point faire l'historique ou le parallèle entre ces deux opérations, ce serait œuvre presque inutile.

Nous n'avons pour but que d'étudier une des complications de la prostatectomie hypogastrique, complication tantôt précoce, tantôt à longue échéance suivant les cas : l'abcès enkysté de la loge prostatique après la prostatectomie.

CHAPITRE PREMIER

Quand on envisage sans parti pris les conditions de succès de la prostatectomie hypogastrique transvésicale, on demeure tout étonné. Elle réussit là où elle n'aurait dû connaître que des désastres.

Elle avait pour point de départ une donnée anatomo-pathologique fausse : par voie hypogastrique ce n'est point la prostate que l'on énuclée, comme on le croyait autrefois, mais bien un adénome ou adénomyome développé aux dépens des glandes périurétrales. La prostate plutôt atrophiée reste en place après l'opération.

De plus, au nom de cette donnée anatomo-pathologique fausse, le chirurgien a eu l'audace de créer chez des malades âgés, peu résistants, une vaste plaie anfractueuse exécutée en dehors du contrôle de la vue. Il laisse cette plaie dans un milieu infecté, septique au plus haut degré, sans faire d'hémostase soignée, sans drainage véritable au point déclive, en contact avec une urine elle-même infectée.

Et cette plaie cicatrise presque toujours sans complications, sans infection. C'est l'antithèse des méthodes chirurgicales actuelles : la privation de toute asepsie même la plus rudimentaire donne à l'opération de Fuller-Freyer ses plus beaux succès.

Rappelons-en brièvement la technique.

PREMIER TEMPS. — Anesthésie ou régionale (choix) ou rachianesthésie, ou générale (à utiliser le moins souvent possible). Quelques chirurgiens tendent à l'heure actuelle à combiner une anesthésie épidurale avec une anesthésie locale de la paroi abdominale.

DEUXIÈME TEMPS. — Cystostomie sus-pubienne suivie d'une exploration de la vessie par l'index et le médius droits introduits par l'orifice vésical. On reconnaît ainsi la forme de la prostate.

TROISIÈME TEMPS. — Enucléation de l'adénome.

Ici plusieurs méthodes :

a) Opération de Freyer proprement dite au doigt, avec le coup d'ongle classique, un doigt rectal remontant la masse prostatique et permettant un accès plus facile.

b) Prostatectomie à ciel ouvert au ciseau en disséquant bien exactement le contenu de la loge prostatique; et en vérifiant d'une manière très précise post-opératoirement ce que l'on a fait; opération peut-être plus compliquée que la première et ne donnant pas, d'ailleurs, de résultats sensiblement meilleurs.

QUATRIÈME TEMPS. — Drainage, avec ou sans tamponnement, de la loge prostatique. Le drainage hypogastrique par le tube de Marion est à peu près universellement employé.

Ces quatre temps sont, à l'heure actuelle, de plus en plus exécutés en une seule fois, mais, si le prostatique est infecté, ou son état général mauvais, on peut être amené à pratiquer l'intervention complète en deux temps séparés par un intervalle variant de quinze jours à trois mois et plus.

CHAPITRE II

COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES

La prostatectomie pour adénome prostatique s'adresse à une catégorie de malades urinaires dont les lésions, malgré une cause générale et une symptomatologie communes, ne sont pas identiques. Aussi les résultats éloignés peuvent être variables, et des complications assez nombreuses survenir soit peu de temps après l'opération, soit tardivement. Ces complications apparaissent *in loco* ou à distance.

Si la région opératoire subit quelquefois une *restitutio ad integrum*, il n'en est pas toujours ainsi, et la cavité prostatique, de même que l'urètre prostatique, gardent encore la possibilité de se transformer en une sorte de vestibule de la vessie. Il peut arriver que ces deux parties de la vessie soient séparées par une saillie circulaire, reliquat de l'ancien col vésical; une véritable cloison intervésico-prostatique se forme pouvant amener l'oblitération complète du passage.

La présence de cet obstacle entraîne des troubles dysuriques plus ou moins marqués, capables d'aller jusqu'à la rétention complète.

Notons aussi l'incontinence post-opératoire généralement transitoire due ou à une lésion du col ou à l'atonie vésicale.

Ces complications relèvent souvent de mauvais soins pré- ou post-opératoires, ou d'une faute de technique dans la désinsertion de la muqueuse sus-adénomateuse qui forme alors l'épéron muqueux bien mis en évidence par Marion.

D'un autre côté il peut persister une infection de la vessie reconnaissant une cause locale ou une origine rénale.

Cette infection peut se localiser à la loge prostatique donnant soit une prostatite, soit, dans quelques cas plus rares, un abcès de la prostate.

On peut voir encore quelques récidives de l'adénome; il s'agit généralement de fausses récidives. Les résultats de la prostatectomie, il faut bien s'en pénétrer, seront d'autant meilleurs que l'opération s'adressera à un malade porteur d'un adénome typique.

CHAPITRE III

Parmi les complications post-opératoires que nous venons de signaler, une seule retiendra notre attention et méritera, de notre part, une étude approfondie. Nous voulons parler des abcès enkystés de la loge prostatique survenant après la prostatectomie.

L'étude des différentes observations que nous avons pu recueillir nous a montré que l'on pouvait les diviser en deux groupes :

- 1° Abcès apparaissant dans les premières semaines qui suivent l'ablation de l'adénome;
- 2° Abcès formés longtemps après l'opération, de quelques mois à plusieurs années.

Ces abcès après la prostatectomie ont été signalés pour la première fois par Brongtema, en 1911, à la deuxième session internationale d'urologie, puis, par Le Fur, en 1913.

Dakin et Peacock les considèrent comme complications post-opératoires possibles, mais n'en rapportent aucun cas dans leurs travaux.

C'est à Chauvin et à Lahayville que l'on doit une étude récente et à peu près complète de ces abcès.

Plus récemment, au Congrès d'urologie de 1931, M. le Professeur Duvergey attirait encore l'attention sur eux.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

Nous allons maintenant aborder l'étude de l'étiologie et de la pathogénie de ces abcès d'après la classification que nous venons de dresser.

I. — Abcès précoces.

Il nous semble bien que ces cas-là relèvent de la pathogénie et de l'étiologie invoquées par M. Chauvin dans un article du *Marseille médical*. Nous pensons, en effet, comme lui, qu'il s'agit de la formation de deux obstacles, l'un sus-prostatique, l'autre urétral ayant limité une cavité close dans laquelle s'est développé l'abcès. Ses trois observations que nous publions plus loin apportent un précieux appui à ce point de vue. Deux cas rapportés par Le Fur prêtent cependant à discussion et laissent subsister un doute, puisqu'ils révèlent qu'une sonde à demeure avait pu passer.

Quoi qu'il en soit, nous tiendrons pour exacte la pathogénie donnée par Chauvin : double obstacle, car c'est elle qui, le plus souvent, nous permettra de comprendre la genèse de l'abcès enkysté de la loge prostatique.

Mais comment l'expliquer ?

Chauvin admet une faute de soins post-opératoires. Peut-être, mais nous croyons plutôt qu'il y a combinaison de

deux facteurs : voile muqueux vésical par mauvaise désinsertion de la muqueuse sus-adénomateuse et déchirure de l'urètre prostatique prédisposant à la formation de rétrécissements totaux cicatriciels, et légère négligence post-opératoire (on perd du temps pour mettre la sonde à demeure) (Chauvin). Ces deux facteurs peu fréquents expliquent la rareté même de cette complication.

Quelques cas (Le Fur) semblent prouver qu'il existe aussi des abcès à proprement parler prostatiques, précocement après l'intervention, à opposer à ceux dont nous venons de nous occuper; mais le peu de précisions les concernant ne nous permet pas de différencier nettement les premiers des seconds.

Il nous faut maintenant interpréter l'observation de M. le Professeur Duvergey, qui présente, au point de vue étiologique, un grand intérêt. S'agit-il là aussi de « cette légère négligence de l'externe » qu'accusé M. Chauvin ? Nous ne le croyons pas.

Nous savons, en effet, que la sonde à demeure avait été mise en place avec facilité, sans retard, et laissée le temps voulu (quatre semaines).

Que s'était-il donc passé ? Disons tout de suite que notre malade, qui avait présenté une fistulisation, tardive il est vrai, de sa plaie hypogastrique, était un infecté; ceci a suffi, avec l'indiscipline du patient qui s'est soustrait trop tôt aux soins post-opératoires, à entretenir un état d'infection de la loge prostatique. Dès lors celle-ci s'est trouvée dans de mauvaises conditions pour refaire une cicatrisation normale. Il s'y est donc formé secondairement un abcès enkysté. D'autre part, la fistulisation de la vessie à l'hypogastre a permis à la cloison intervésico-prostatique de se refermer complètement, ainsi qu'à la tranche de l'urètre prostatique de se rétrécir au point de s'oblitérer. Alors a été constitué l'espace clos où l'abcès de la loge prostatique s'est formé et développé.

En résumé, nous dirons que, généralement, les abcès prostatiques précoces après l'intervention de Fuller-Freyer sont plutôt des abcès de la loge prostatique que des abcès de la prostate elle-même.

II. — Abcès tardifs.

Le doute de localisation qui existe dans quelques cas d'abcès prostatiques précoces après la prostatectomie ne subsiste plus pour les abcès tardifs.

Rappelons encore que l'opération de Fuller-Freyer est uniquement une adénectomie. Dès lors, pourquoi refuser au reste de la prostate, peut-être atrophiée, le droit de faire des abcès? C'est ce qui s'est produit dans un nombre restreint de cas. Ceux-ci nous montrent, d'ailleurs, ces abcès avec leur symptomatologie habituelle. D'autres fois, la formation d'un espace libre dans la cavité prostatique, là où existait l'ancien adénome, permet à ces abcès de s'y développer et de prendre l'allure clinique d'abcès enkystés.

CHAPITRE V

ETUDE CLINIQUE

Lorsque nous avons parcouru les diverses observations qui ont servi à l'élaboration de notre thèse, nous nous sommes aperçu que l'abcès enkysté de la loge prostatique était une complication très rare autant que peu connue de la prostatectomie. La symptomatologie en paraissait malaisée à établir. Aussi nous avons cru bon d'étudier d'abord les abcès précoces, puis les abcès tardifs.

I. — Abcès précoces.

Ils apparaissent en moyenne vers le quinzième ou le vingtième jour après l'ablation de la prostate. Alors que les suites opératoires avaient été absolument normales jusque-là, et que rien au cours de l'opération ne pouvait faire prévoir une complication, il peut survenir une fistulisation tardive de la plaie hypogastrique comme en témoigne l'observation de M. le Professeur Duvergey. Leurs symptômes sont variables; dans quelques cas il s'agit simplement d'une tuméfaction légèrement douloureuse de la loge prostatique perceptible au toucher rectal (obs. Le Fur I et II).

Dans d'autres cas, en plus de cette tuméfaction (l'observateur a l'impression que la prostate s'est reformée volumineuse et douloureuse), il existe des signes généraux plus ou moins marqués : fièvre, inappétence, fléchissement de l'état

général; des phénomènes douloureux : douleurs périnéales, plus ou moins irradiées vers la racine des cuisses.

Notons en plus qu'une manœuvre est recommandée dans ces cas-là, nous voulons parler du toucher bidigital : doigt intravésical, doigt rectal, qui permet, toutes les fois qu'il a été pratiqué, de bien délimiter la cavité de l'abcès et de percevoir nettement la fluctuation; ou bien toucher vésical combiné à la mise en place d'une sonde urétrale.

Cette manœuvre permet d'asseoir le diagnostic, on pourrait dire qu'elle est pathognomonique.

Au point de vue fonctionnel, il y a des phénomènes de dysurie et de la gêne de la défécation. Ces phénomènes de dysurie peuvent reconnaître pour cause, soit une oblitération partielle du canal urétral, soit même une oblitération totale de la loge prostatique. Dans cette dernière éventualité, tout cathétérisme de l'urètre est impossible, qu'il soit pratiqué à l'aide de sondes molles et dures, avec mandrins de Guyon, ou à l'aide de béniqués.

Si la plaie hypogastrique persiste, toute l'urine peut s'écouler par elle.

Que l'intervention ait lieu généralement par voie hypogastrique, ou plus rarement par voie périnéale, et tout rentre rapidement dans l'ordre. Aucune complication à distance dans le temps ou dans l'espace n'a été notée. Seul, rappelons-le, Oraison a observé des complications métastatiques d'infection.

II. — Abscess tardifs.

Nous répétons que c'est par analogie avec les premiers que nous les étudions ici.

Leur symptomatologie ne les différencie guère des abscess de la prostate ordinaires; nous dirons seulement qu'ils occupent la place de l'ancien adénome dans la loge prostatique.

Après la prostatectomie le malade a retrouvé un fonction-

nement absolument normal de sa vessie, il n'y a même pas de résidu vésical, ses fonctions génitales ont pu apparaître de nouveau, enfin il a senti une véritable résurrection.

Brusquement, sans que rien n'ait pu le laisser supposer, des phénomènes dysuriques ont fait leur apparition rappelant à cet homme les mauvais temps d'avant l'opération. Il ressent des douleurs dans la région périnéale, et son état général est rapidement atteint : fièvre, état saburral des voies digestives, inappétence, somnolence.

L'examen pratiqué par le médecin montre une tuméfaction douloureuse, rénitente de la loge prostatique comme si une nouvelle prostate s'était reformée.

Quelquefois une médication uniquement symptomatique, résolutive, dirons-nous, fait rétrocéder tous les phénomènes morbides, et notre malade recouvre un peu de bien-être; par ailleurs une intervention est nécessaire pour ramener l'état normal.

Le diagnostic de ces cas est facile, il suffit d'y songer.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

L'abcès enkysté de la loge prostatique après la prostatectomie ne paraît pas bien grave.

Dans de rares cas l'infection peut s'étendre et gagner de proche en proche, mais il s'agit beaucoup plus, d'après notre étude, de l'infection du tissu cellulaire périvésical que de l'infection de la loge prostatique elle-même. Aussi, n'avons-nous pas considéré comme faisant partie de notre sujet ces localisations infectieuses.

Alors, nous assistons à une guérison *per primam* de l'infection. Nous ferons cependant la réserve que, chez le malade d'Oraison, des complications ont apparu parce que la prostatectomie avait été pratiquée pour abcès antérieur de la prostate. Ainsi l'infection a pu atteindre le testicule et la vaginale du côté gauche, nécessitant une castration unilatérale.

Le pronostic est donc bénin. L'abcès guérira sans séquelles, parfois spontanément, parfois après une intervention minime.

Dans combien de temps surviendra cette guérison ? Il faut compter un délai d'un mois en moyenne comme l'attestent les diverses observations que nous avons pu recueillir.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

I. — Absès précoces.

Nous le trouvons varié suivant les cas et les auteurs.

Le Fur, chez deux malades, a constaté qu'une simple ablation de la sonde urétrale, suivie d'une nouvelle application du drain de Freyer hypogastrique, suffisait pour amener la rétrocession de tous les phénomènes.

Plus fréquemment une petite intervention sous anesthésie générale (Le Fur, Chauvin, Duvergey) consistant en un débriement au doigt des diaphragmes limitant l'abcès, suivie de la mise en place d'une sonde urétrale à demeure, a amené la guérison.

Il peut être utile parfois de s'aider d'un béniqué intra-urétral pour effondrer le diaphragme inférieur.

Dans un seul cas, où l'infection devait être assez étendue, il a fallu recourir (Le Fur) à un drainage périnéal de l'abcès qui a été traité comme un abcès prostatique ordinaire. La guérison a été rapide, il n'y a pas eu de fistule périnéale consécutive à l'opération.

II. — Absès tardifs.

Si l'abcès tardif n'a pas une tendance spontanée à la régression, témoin le cas de Ertzbischoff où l'abcès s'est évacué par l'urètre, il y aurait lieu de pratiquer l'intervention préconisée par Carraro :

Incision bi-ischiatique, décollement bulbo-rectal, incision de l'abcès prostatique, drainage par mèches, avec suture partielle du périnée.

Tout doit rentrer dans l'ordre dans un temps n'excédant pas un mois.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Pour plus de commodité, nous allons les répartir en :

Observations Groupe I.

Ce seront celles relatant des cas d'abcès précoces.
Nous en rapprocherons l'observation d'Oraison.

Observations Groupe II.

Dans lesquelles il est question d'abcès tardifs. Ceux-ci plus rares encore que les précédents ne rentrent pas, à proprement parler, dans le cadre de notre sujet. Il s'agit, en effet, d'abcès de la prostate qui envahissent secondairement la loge prostatique.

Observations Groupe I.

Observation Professeur Duvergey.

M. D..., âgé de 68 ans, m'est adressé le 6 mars 1926, par M. le Professeur Sabrazès, pour une rétention vésicale avec distension. Depuis plusieurs années, il présentait les signes classiques du prostatisme qui ont été en s'aggravant progressivement. Depuis le 3 mai 1926, il urine par regorgement. Il se présente avec une vessie

remontant à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, un adénome prostatique volumineux au toucher rectal, un mauvais état général et de l'incontinence par regorgement.

Cystostomie d'urgence, le 6 mai 1926, à l'anesthésie locale. Le 10 mai, l'azotémie est de 1 g. 50. Polyurie de 3 à 4 litres : urines décolorées, louches. L'azotémie étant descendue à 0 g. 25, la quantité d'urine à 1.500 cc. par jour, l'état général s'étant amélioré, la prostatectomie est pratiquée le 25 juin 1926, sous rachianesthésie. Un gros adénome de 180 grammes est enlevé sans incident. Huit jours après, la sonde à demeure est mise en place et bien située dans la cavité vésicale. Quatre semaines après, la plaie hypogastrique se fistulise; la sonde à demeure est enlevée le 2 août 1926. Les mictions se font toutes les deux heures environ, mais l'urine s'écoule en assez grande quantité par la fistule au moment et dans l'intervalle des mictions. Le malade indocile veut rentrer chez lui avec sa fistule et sort de la clinique le 16 août 1926, urinant par le canal, mais continuant à perdre de l'urine par sa plaie hypogastrique.

Je le revois le 2 septembre 1926, très fatigué, avec de la fièvre. Depuis une douzaine de jours, toute l'urine passe par la fistule hypogastrique; plus rien par le canal. Le toucher rectal montre une tuméfaction rénitente bombant dans le rectum à la place de la loge prostatique. Je place une sonde de Pezzer dans la vessie par la fistule hypogastrique qui est élargie. Température : 38°5. Le lendemain, sous anesthésie au Kelen, j'agrandis la fistule, pénètre avec le doigt dans la cavité vésicale. Une tumeur fluctuante repousse en haut la région cervicale oblitérée et vient se mettre en contact avec la paroi abdominale antérieure. Une sonde à béquille n° 19 est introduite dans le canal et bute. J'ai à ce moment la conviction qu'une collection liquide infecté s'est développée dans la loge prostatique et s'y est enkystée; la vessie s'était oblitérée complètement du côté du col, l'urètre prostatique s'étant fermé d'autre part. Le doigt vésical ouvre alors avec l'ongle le point le plus saillant et le plus aminci : il s'écoule un flot de pus infect. Le doigt est introduit dans la cavité de l'abcès qui n'est autre que la loge prostatique et sent la sonde urétrale séparée de lui

par un pont muqueux. Un béniqué placé dans l'urètre et dirigé par le doigt intravésical fait irruption dans la vessie après avoir déchiré la muqueuse urétrale fermée en cul-de-sac. Lavages. Mise en place d'une sonde de Cliquet. Suites normales. La guérison est obtenue sans nouvel incident un mois après.

Observations Chauvin.

OBSERVATION I.

Le malade est âgé de 68 ans, prostatique ancien, crise de rétention complète le 22 janvier, qui aurait cédé à un seul cathétérisme en ville.

Le 16 mars, il rentre dans le service de M. Chauvin pour des phénomènes de dysurie et de pollakiurie nocturnes à allure progressive. Il urine toutes les demi-heures. Sa vessie remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Les urines sont claires. La prostate est grosse, dure, bosselée, suspecte, mais paraît encore extirpable. L'azotémie étant à 0,45, M. Chauvin pratique une prostatectomie en un temps sous rachianesthésie.

Il découvre très aisément une vessie distendue, mais peu épaissie, à parois cartonnées et rigides. Après incision, les divers plans paraissent fusionnés en une couche unique, fibreuse, d'un blanc pâle. La rigidité de la poche est telle que le contenu vésical ne s'écoule qu'en partie après l'incision. Il faut assécher à la compresse près d'un litre d'urine.

L'énucléation de la prostate est facile. Aussitôt l'adénome extirpé, la loge revient sur elle-même et se comble autour du doigt explorateur sans qu'il se produise à proprement parler d'hémorragie. On juge le tamponnement utile et une sonde de Pezzer n° 28 est seule laissée en place dans la plaie hypogastrique refermée.

Les suites opératoires furent parfaites, ni hémorragie, ni infection. Les urines sont demeurées claires. Le quatrième jour, une sonde à béquille n° 16 est passée dans le canal; elle traverse sans difficulté la loge prostatique qui est lavée largement à contre-courant.

Le dix-huitième jour, la plaie hypogastrique étant dans un état satisfaisant, on essaie de mettre le malade à la fermeture, mais il est impossible de passer la sonde à demeure, et toute tentative de cathétérisme demeure infructueuse.

Les cathéters de gomme, comme les sondes en caoutchouc souples et les béniqués, butent dans la région prostatique.

Le toucher rectal permet de percevoir une tuméfaction du volume d'une petite mandarine, absolument comme si l'adénome n'avait pas été extirpé.

On anesthésie le malade et l'on débride la bouche hypogastrique. L'exploration de la région cervicale a montré le col entièrement fermé par un diaphragme; le bipalper permettait de sentir entre le doigt rectal et le doigt vésical une collection fluctuante du volume d'un œuf, située absolument dans la loge prostatique. Un béniqué est alors introduit dans l'urètre. Il bute à distance du doigt vésical, qui, poussé vigoureusement à sa rencontre, crève un diaphragme muqueux et ouvre une poche purulente. L'index est alors introduit dans la loge béante. Il perçoit un second diaphragme situé au sommet de cette dernière et qui le sépare encore du béniqué. Une pression plus forte sur ce dernier guidé par le doigt vésical perfore le second diaphragme.

Une sonde à bécuille est alors passée sans difficulté à la place du béniqué. Le diaphragme muqueux cervical est réséqué et la loge prostatique soigneusement nettoyée et lavée.

Les suites opératoires furent parfaites et le malade quittait le service le 18 du mois suivant entièrement cicatrisé, urinant bien, des urines claires, mais conservant un petit résidu.

OBSERVATION II.

Il s'agit d'un homme de 67 ans qui présente des phénomènes de pollakiurie et de dysurie, à prédominance nocturne et remontant à plusieurs années : sept ou huit mictions par nuit, brûlures à la miction, urines sales. Au toucher, la prostate est grosse, régulière et souple. Le canal est libre, le résidu est de 300 grammes environ.

Opération en deux temps, en raison de l'infection vésicale, le 10 février 1928, cystostomie banale sous anesthésie locale dont les suites sont normales. Le 24 mars, les urines s'étant éclaircies et l'azotémie étant tombée à 0,25, deuxième temps sous rachianesthésie. On extirpe sans difficulté une prostate peu volumineuse et constituée surtout par un lobe médian. La loge prostatique est tamponnée et un gros drain fixé dans la plaie.

Les suites opératoires furent normales, la loge détamponnée le quatrième jour, le canal calibré par le passage d'une sonde à bécuille n° 46, le sixième.

Quand on veut mettre le malade à la fermeture le seizième jour (10 avril), on ne peut pas passer la sonde à demeure. Le dix-huitième jour, nouvelle tentative de cathétérisme avec sonde sur mandrin, puis béniqué, toujours sans succès. Le vingt-huitième jour, sous anesthésie générale, la plaie de cystostomie est débridée et un doigt introduit dans la vessie à la rencontre d'un béniqué urétral. Entre les deux, ici encore s'interpose une collection que l'on perçoit fluctuante au biperler.

Suivant la même technique que dans l'observation I, l'index vésical effondre un premier diaphragme, puis va prendre contact avec le cathéter métallique à travers une seconde cloison muqueuse qui est perforée par une pression sur ce dernier.

Une sonde à bécuille est alors aisément passée et laissée à demeure. Les suites ont été très satisfaisantes et la guérison rapide.

OBSERVATION III.

Il s'agit d'un vieillard de 73 ans, entré dans le service d'urologie le 15 août 1930 pour une rétention d'urine incomplète, déjà ancienne et qui s'était transformée depuis vingt-quatre heures en rétention complète.

Cystostomie d'urgence le jour de l'entrée, l'azotémie étant de 0,86.

Les suites de la taille furent en tous points simples et normales, et quinze jours après son opération, le malade sortait avec une azotémie à 0,45 pour suivre quelques jours encore un régime hypoazoté.

Il rentre vers le milieu d'octobre : son sang ne contenait plus que 0,35 d'urée et ses urines vésicales étaient impeccables.

Le 18 octobre, M. Chauvin lui-même pratique une prostatectomie avec ligature des deux canaux déférents et résection de la fistule.

L'énucléation de la prostate est difficile; elle est petite, dure, adhérente, et vient par morceaux. L'examen hystologique cependant ne devait révéler aucun signe de dégénérescence maligne.

Les suites opératoires immédiates furent parfaites, mais dès les premières tentatives de calibrage, quand on a voulu passer une sonde dans l'urètre, on buta à trois travers de doigt en arrière du méat dans un cul-de-sac infranchissable; ni sonde, ni gros béniqué, ni filiforme n'arrivent à passer.

On perd du temps à ces diverses tentatives, et lorsqu'on se décide à pratiquer un nouvel essai sous anesthésie générale, on se trouve déjà en présence d'un obstacle infranchissable, même sous anesthésie rachidienne, une tentative de cathétérisme, sous le contrôle cystoscopique, échoue. On essaie alors un cathétérisme rétrograde au béniqué; ce dernier, dirigé vers le siège normal du col vésical, ne découvre pas l'orifice, et c'est en cherchant le col, en tâtonnant, en appuyant au niveau de son siège supposé, que, brusquement, on sent le béniqué s'enfoncer, ouvrant une poche, de laquelle s'échappe environ un demi-verre de pus. On retire alors le béniqué et on explore du doigt la loge prostatique que l'on vient d'ouvrir et qui est béante, irrégulière, à parois tomenteuses. Elle se trouve fermée à son sommet par des adhérences d'ailleurs faibles et qu'une sonde dirigée par l'index décolle et franchit facilement. Cette sonde est poussée par voie rétrograde jusqu'au méat, à travers lequel elle est arrêtée et laissée à demeure pour faire fermer la plaie hypogastrique.

En réalité, l'obstacle urétral sur lequel avaient buté toutes les tentatives de cathétérisme normal n'était qu'un diaphragme valvulaire très aisément franchi par le cathétérisme rétrograde.

Observations Le Fur.

OBSERVATION I.

Homme de 65 ans. Extirpation d'un adénome petit. Suites opératoires normales. Le tube de drainage vésical est remplacé par une sonde à demeure au douzième jour. Formation d'un petit abcès prostatique sans phénomènes généraux. Grosseur d'une noix environ. Ablation de la sonde à demeure et remise en place d'un tube de Freyer. Guérison en cinq à six jours.

OBSERVATION II.

Homme de 68 ans. Prostatique depuis de nombreuses années. Ablation en deux temps d'un adénome prostatique peu volumineux. Suites opératoires normales. Mise en place d'une sonde à demeure le quinzième jour. On voit apparaître un abcès latéralisé à gauche au toucher rectal. Absence de phénomènes généraux marqués. Ablation de la sonde à demeure. En huit jours, tout rendre dans l'ordre.

OBSERVATION III.

Homme de 72 ans. Ablation en un temps d'une prostate peu volumineuse. Opération sans incident. Suites opératoires normales. Ablation d'un drain de Freyer. Au quatorzième jour, mise en place d'une sonde à demeure. Dans les jours qui suivent, l'état général du malade s'altère. Au toucher rectal, tuméfaction de la loge prostatique, du volume d'une petite mandarine environ, douloureuse, rénitente. Les phénomènes généraux sont marqués : fièvre oscillante au-dessus de 38 degrés.

Malgré l'ablation de la sonde à demeure et la mise en place du tube de Freyer, les phénomènes généraux et locaux ne cèdent pas. Au quatrième jour, sous anesthésie générale, la plaie hypogastrique étant presque complètement fermée, on pratique un drainage par voie périnéale de l'abcès. Le malade sort guéri, trois semaines environ après.

OBSERVATION IV.

Homme de 70 ans. Prostatique ancien. Urines infectées. Prostatectomie en deux temps. L'adénome extirpé, scléreux, peu volumineux, opération pas très difficile. Suites opératoires normales. Ablation du drain de Freyer hypogastrique au seizième jour, mise en place d'une sonde à demeure urétrale, qui passe facilement. Dans les jours qui suivent, l'état général du malade s'altère légèrement. Des phénomènes généraux assez marqués font leur apparition et, au toucher rectal, on trouve une masse, du volume d'une petite mandarine environ, remplaçant la prostate enlevée, rénitente, douloureuse.

Par la plaie hypogastrique, on débride sous anesthésie générale la loge prostatique. Drainage hypogastrique pendant quelques jours, puis, sonde à demeure.

Tout rentre dans l'ordre et le malade sort guéri, un mois après.

Observation Oraison.

Il s'agit d'un malade ayant fait, il y a sept ans, un abcès de la prostate guéri par ouverture spontanée dans l'urètre.

En février 1926, il fit un second abcès qui sembla d'abord vouloir guérir par le même mécanisme, quand survinrent de grands frissons et une rétention d'urine complète nécessitant des cathétérismes répétés.

Taille hypogastrique, tout rentre dans l'ordre. Prostatectomie, guérison dans le délai normal, urines claires.

Le malade rentre alors chez lui, mais voilà que deux jours plus tard apparaît un nouvel abcès qui s'évacue encore cette fois par l'urètre.

Le pus contient uniquement du pneumobacille. Le malade présente aussi une vaginalite gauche et une orchite suppurées, obligeant à pratiquer une castration unilatérale.

L'auteur fait remarquer la production d'un abcès après la prostatectomie, la présence du pneumobacille à l'état pur dans le pus, et les complications qui suivirent.

Observations Groupe II.

Observation Ertzbischoff.

Il s'agit d'un malade qui, huit mois après l'opération de prostatectomie transvésicale, présente des douleurs périnéales qui le gênent beaucoup pour marcher et s'asseoir. Ces derniers temps, il lui est impossible de demeurer assis. Il présente de la pollakiurie, de la gêne et de la douleur à la miction et à la défécation. La température oscille entre 37°8 et 38°4; état saburral des voies digestives. A l'examen, les urines sont louches; on passe avec facilité une sonde à bécuille n° 18; il n'y a pas de résidu vésical; au toucher rectal, la loge prostatique bombe au point de donner l'impression d'une vraie prostate hypertrophiée.

Le toucher rectal est douloureux et montre à gauche un point plus mou. Je pense à une inflammation de la loge prostatique et je prescris des bains de siège, lavements chauds, suppositoires, résolutifs, diurétiques, urotropine, et je préviens le malade d'une intervention possible. Lorsque je le revis au bout de quatre jours, il me raconta que jusqu'à la veille au matin son état était resté stationnaire; à ce moment-là, il eut une miction très trouble et sanguinolente. Pendant la journée qui suivit, les mictions furent encore troubles avec du pus, mais en moindre quantité. La température revient à la normale.

Au moment où je l'examinais à nouveau, les urines étaient plus louches qu'au premier examen et contenaient de nombreux filaments. Au toucher rectal, je trouvai, à la place de la tuméfaction arrondie et bombante, une surface plate légèrement bosselée, à peine douloureuse. L'abcès s'était vidé spontanément dans l'urètre et le malade est en parfaite santé depuis.

Observation Nicola Carraro.

*Abcès prostatique chez un malade précédemment opéré
d'hypertrophie prostatique par voie sus-pubienne.*

G. L..., âgé de 75 ans, est opéré en mars 1915 par prostatectomie sus-pubienne pour rétention incomplète d'urine par hypertrophie prostatique.

Les suites opératoires furent normales et le malade sortit de l'hôpital un mois et demi après l'opération, complètement guéri.

Les mictions avaient lieu toutes les trois ou quatre heures, et il ne restait ni pus, ni résidu dans la vessie. L'état général du malade était bon sous tous les rapports. Le 15 octobre 1917, le malade entre à nouveau à l'hôpital. L'interrogatoire nous apprendait que la santé du malade était restée bonne jusqu'à il y a un mois, époque où il commença à souffrir de façon continue. Il y a dix jours, il eut un frisson suivi de fièvre à 39 degrés et d'une rétention aiguë d'urine qui nécessita un cathétérisme évacuateur.

La fièvre plus ou moins élevée persista et la miction s'accomplissant difficilement, au moins une fois par jour, il devait recourir à la sonde. L'urine était restée claire, sauf les derniers jours où elle contenait des filaments et où elle était trouble à la suite de purgation, l'intestin avait fonctionné normalement.

L'examen du malade montrait un individu robuste, bien constitué, sans lésions du cœur ou des poumons.

L'abdomen était souple et les reins non perceptibles au palper.

L'urètre était perméable à une sonde n° 20 et le cathétérisme facile. L'urine résiduel de la vessie atteignait un volume de 200 centimètres cubes, presque limpide, contenant seulement des filaments muqueux. Le périnée et les testicules étaient normaux. Le toucher rectal montrait un lobe droit prostatique de volume et de consistance normaux. Le lobe gauche, au contraire, était augmenté de volume (plus gros qu'une noix), douloureux à la pression et dur. Pressant sur ce lobe, je fis sortir une grosse goutte de pus

verdâtre par l'urètre. Je portai le diagnostic d'abcès du lobe gauche de la prostate. Le malade présentant fièvre et dysurie, l'opération fut décidée.

Intervention le 16 octobre sous anesthésie générale à l'éther. Incision curviligne transversale du périnée allant d'un ischion à l'autre. Réclinaison du bulbe urétral et découverte de la prostate : lobe droit normal, lobe gauche tuméfié; incision et sortie d'une petite quantité de pus; mise en place d'une mèche de gaze iodoformée, suture partielle du périnée.

Après l'opération, chute de la température et miction vidant facilement et totalement la vessie. Le malade sort guéri le 1^{er} novembre 1917.

CONCLUSIONS

I. — Les abcès enkystés de la loge prostatique après la prostatectomie sont une complication très rare et peu connue de cette intervention. Ils sont dus à la constitution d'un espace clos situé dans la loge prostatique par fermeture simultanée de la cloison intervésico-prostatique et de l'urètre prostatique.

II. — Les abcès précoces surviennent dans le mois qui suit l'opération, qu'elle soit pratiquée en un ou deux temps. Les diverses observations que nous reproduisons confirment ce point.

III. — Les abcès tardifs, eux, font leur apparition jusqu'à plusieurs années après la prostatectomie. Nous rappelons qu'ils sont développés aux dépens de la prostate elle-même, et qu'ils n'occupent que secondairement toute la loge prostatique.

IV. — Leur symptomatologie relève avant tout :

1° De l'obstacle qu'ils créent à l'écoulement de l'urine tout comme le faisait la prostate malade dont ils occupent maintenant la loge.

2° Des phénomènes d'infection et au retentissement que celle-ci peut avoir sur l'état général.

V. — L'étiologie des collections précoces (Chauvin-Duvergey) peut être envisagée de la manière suivante : formation d'un double diaphragme, vésical et urétral, transformant la

loge prostatique en une cavité close. Cette cavité est due à une mauvaise cicatrisation de la muqueuse vésicale ou à une légère négligence apportée dans les soins post-opératoires.

VI. — Le traitement est facile; car des manœuvres simples doivent suffire à amener la cessation des phénomènes morbides. Dans le cas contraire, il faudra s'adresser à un double effondrement sur béniqué des deux diaphragmes pour permettre le rétablissement du cours normal de l'urine. Rarement l'on aura recours à un drainage par voie périnéale. Une sonde à demeure sera laissée dans l'urètre pendant quinze jours au moins.

VII. — Le pronostic s'est montré bénin dans tous les cas relatés. Il ne doit donc susciter aucune inquiétude ni pour le malade, ni pour le médecin; celui-ci averti à temps interviendra utilement pour couper court à cette complication qui guérira vite. Seul, rappelons-le, un malade infecté antérieurement a présenté d'autres localisations de son infection.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
J. DUVERGEY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 12 décembre 1932.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Pour la bibliographie antérieure à 1924, voir les thèses de :

DEROIDE. — Thèse Paris, 1909-1910.

PERRIN. — Thèse Paris, 1924-1925.

Principaux ouvrages parus sur la question depuis :

ANDRÉ. — Rétrécissement et décentrement de l'urètre après prostatectomie. *Journal d'urologie*, vol. 21.

CHAUVIN. — Abscès enkystés de la loge prostatique après prostatectomie. *Marseille médical*, 1930, 2^e sem., p. 218.

DAKIN (W. B.). — Unusual complications of prostatectomy. *J. A. M. A.*, New-York, vol. VC, 13 déc. 1930, p. 1822.

DUVERGEY. — Congrès d'urologie, 1931.

HARTMANN et KUSS. — Résultats immédiats et éloignés de 118 interventions opératoires pour hypertrophie prostatique. Travaux de chirurgie anatomo-clinique (voies urinaires).

ISELIN. — Les cicatrices vicieuses après la prostatectomie sus-pubienne. *Journal d'urologie*, vol. 21, p. 160.

JANET. — Rétrécissement et décentrement du col vésical. *Journal d'urologie*, vol. XXI, p. 43.

LAHAYVILLE. — Les cicatrices vicieuses uréthro-vésicales après prostatectomie sus-pubienne. *Marseille médical*, année 1929, t. II, p. 459.

MARION. — Voie intervésico-prostatique suivant la prostatectomie. *Journal d'urologie*, 1928.

— Les cicatrices vicieuses après la prostatectomie sus-pubienne. *Journal d'urologie*, vol. XXI.

- MICHON. — Les décentrement et rétrécissements de l'urètre profond consécutifs à la prostatectomie. *Journal d'urologie*, vol. XXI, p. 528.
- PAPIN (E.). — Les cicatrices vicieuses après la prostatectomie sus-pubienne, vol. XXI, p. 156. *Journal d'urologie*.
- PEACOCK. — Prostatectomy, post-opérative complications. *J. A. M. A.*, vol. 93, p. 1361-64, 2 nov. 1929.
- LE ROY. — Suppuration dans l'hypertrophie de la prostate. *Journal d'urologie*, t. 23, 1927.
- WRIGHT. — Complication de la prostatectomie. *The Lancet*, 1926.

